



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Centro de Ciência e Tecnologia  
Curso de Ciência da Computação  
Av. Paranjana, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza, Ceará  
Fone/fax: (085) 3101.9776

### TERMO DE REALIZAÇÃO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Nome do(a) Aluno(a): \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Semestre: \_\_\_\_\_

Termo de Compromisso : \_\_\_\_\_

Disciplina cursada:    ( ) Estágio Supervisionado I                    ( ) Estágio Supervisionado II

Declaro, para fins de comprovação junto ao Curso de Ciência da Computação da Universidade Estadual do Ceará, que o (a) aluno (a) acima indicado (a) realizou Estágio Supervisionado na Instituição a seguir identificada, sob minha responsabilidade:

Concedente: \_\_\_\_\_

Orientador Técnico: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Período: de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                    Carga horária total: \_\_\_\_\_ h

#### Avaliação:

1. Do desempenho profissional (articulação, aplicação e atualização do conhecimento teórico com a prática; capacidade de análise crítica; intervenções adequadas; uso adequado dos instrumentos, materiais e/ou equipamentos; desenvolvimento do plano de atividades; elaboração de relatórios; cumprimento de tarefas e prazos).  
( ) Satisfatório                    ( ) Razoável                    ( ) Insatisfatório

2. Do desenvolvimento pessoal (pontualidade, assiduidade, motivação, comunicação e relações interpessoais, conduta ética, desenvoltura e segurança, criatividade).  
( ) Satisfatório                    ( ) Razoável                    ( ) Insatisfatório

3. Comentários adicionais:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Local, data

\_\_\_\_\_  
Orientador Técnico